

Contribution à l'Étude
du
Traitement Chirurgical
du
PROLAPSUS du RECTUM
chez l'Enfant

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le lundi 4 décembre 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur de l'Université de Nancy

(MENTION MÉDECINE)

PAR

AJZENSZTAT Jankiel

Né le 30 Juin 1913, à Grajevo (Pologne)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. FROELICH, professeur..... *Président*
MUTEL, professeur
CHALNOT, agrégé
ROUSSEAUX, agrégé..... } *Juges*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY-LAXOU

IMPRIMERIE ALFRED TOLLARD, 2-4, RUE DE MARÉVILLE

1939

Contribution à l'Étude
du
Traitement Chirurgical
du
PROLAPSUS du RECTUM
chez l'Enfant

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le lundi 4 décembre 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur de l'Université de Nancy

(MENTION MÉDECINE)

PAR

AJZENSZTAT Jankiel

Né le 30 Juin 1913, à Grajevo (Pologne)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. FROELICH, professeur..... *Président*
MUTEL, professeur
CHALNOT, agrégé
ROUSSEAU, agrégé } *Juges*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY-LAXOU

IMPRIMERIE ALFRED TOLLARD, 2-4, RUE DE MARÉVILLE

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. L. SPILLMANN, C $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$.

Professeurs honoraires : MM. WEISS, O $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$;

BOUIN, O $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$; ANCEL, $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$; GARNIER, $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$;

DUFOUR, $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$; HOCHÉ, O $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$; FRÉLICH, $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$;

LAMBERT, $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$; JACQUES, $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$; ANDRÉ, O $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$

Professeurs :

Clinique des mal. syph. et cutanées.	M. L. SPILLMANN, C $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$.
Clinique obstétricale et Accouchem.	M. A. FRUHHINSHOLZ, O $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$.
Histologie	M. R. COLLIN, O $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, O $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$.
Clinique médicale	M. L. RICHON, $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$.
Clinique médicale	M. M. PERRIN, $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$.
Hygiène et médecine sociales	M. J. PARISOT, C $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$, C. s. p.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$.
Physiologie	M. SANTENOISE, $\star$, $\star$, $\star$, A $\text{\textcircled{Q}}$.
Clinique des maladies des enfants.	M. L. CAUSSADE, $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$.
Bactériologie et parasitologie méd..	M. DE LAVERGNE, O $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$.
Pathologie générale et méd. expér.	M. SIMONIN, I $\text{\textcircled{Q}}$.
Clinique gynécologique	M. BINET, $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$.
Pathologie chirurgicale	M. BARTHÉLEMY, $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$.
Anatomie pathologique	M. WATRIN, $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$.
Hydrologie	M. L. MERKLEN, $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$.
Médecine légale	M. MUTEL, $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$.
Thérapeutique	M. DROUET, I $\text{\textcircled{Q}}$.
Professeurs sans chaire	{ M. L. JOB, $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$.
	{ M. G. LAMY, $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$.

Chargés de cours complémentaires :

Clinique des maladies tuberculeuses.	{ M. P. SIMONIN, I $\text{\textcircled{Q}}$, prof.
Thérapeutique chirurg. et tech. opér.	{ M. ABEL, $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$, agrégé.
Clinique des maladies contagieuses	M. GUILLEMIN, $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$, C. s. p., agrégé.
Clinique des vieillards	M. DE LAVERGNE, O $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$, prof.
Médecine opératoire	M. DROUET, I $\text{\textcircled{Q}}$, professeur.
Electrothérapie et radiologie	M. BARTHÉLEMY, $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$, prof.
Accouchements (cours théorique) .	M. LAMY, $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$, C. s. P., p. sans ch.
Obstétrique	M. JOB, $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$, prof. sans chaire.
Clinique et propédeutique chirurg.	M. VERMELIN, $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$, agrégé.
Clinique et propédeut. chir. infantile	M. CHALNOT, agrégé
Clinique propédeutique médicale ..	M. BODART, A $\text{\textcircled{Q}}$, agrégé.
Pathologie interne	M. KISSEL, agrégé.
Clinique des maladies mentales ..	M. ABEL, $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$, agrégé.
Education physique ⁽¹⁾	M. HAMEL, $\star$, docteur.
Clinique neurologique ⁽¹⁾	M. L. MERKLEN, $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$, prof.
Clinique O.-R.-L.	M. MICHON, $\text{\textcircled{Q}}$, docteur.
Parasitologie	M. AUBRIOT, $\text{\textcircled{Q}}$, docteur.
	M. DOMBRAY, $\text{\textcircled{Q}}$, docteur.

Agrégés en exercice :

MM.
FLORENTIN, A $\text{\textcircled{Q}}$.
BODAT, A $\text{\textcircled{Q}}$,
CHALNOT.

MM.
WOLFF, A $\text{\textcircled{Q}}$.
MELNOTTE, O $\star$.
VERMELIN, $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$.

MM.
GUILLEMIN, $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$, C. s. p.
ABEL, $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$.
KISSEL.

Agrégés libres :

MM. G. GROSS, $\star$, I $\text{\textcircled{Q}}$; S. RÉMY, I $\text{\textcircled{Q}}$; BUSQUET, I $\text{\textcircled{Q}}$;
M. E. TRIBOLET, I $\text{\textcircled{Q}}$, Secrétaire.

⁽¹⁾ Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

Trop tôt arraché à notre affection. Jamais le souvenir de tout ce qu'il a fait pour nous ne s'effacera de notre cœur reconnaissant. Nous lui garderons toujours un culte pieux et son souvenir sera le flambeau qui nous guidera dans le chemin du devoir et de l'honneur.

A MA MÈRE

Trop faible témoignage de piété filiale. Son affection et son inlassable dévouement sont pour nous inestimables.

A MA CHÈRE FEMME

En témoignage de mon profond amour. Son affection a été et sera toujours mon soutien le plus sûr.

A MA SŒUR ET MON BEAU-FRÈRE

Qu'ils trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude et l'hommage de ma vive reconnaissance.

Mon éducation a été la préoccupation constante de votre vie toute de travail et de sacrifices. Je vous dois tout.

A MES BEAUX-PARENTS

A MON BEAU-FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A notre Maître et Président de Thèse,

M. le Professeur FRÆLICH,

Professeur de Clinique Infantile et d'Orthopédie,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

*Qui a bien voulu nous confier
le sujet de cette thèse et nous faire
le grand honneur d'en accepter la
présidence.*

*Nous le prions de trouver ici le
témoignage de notre respectueuse
reconnaissance.*

A mes Juges :

M. le Professeur MUTEL,

Professeur de Médecine légale,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

M. le Professeur agrégé CHALNOT,

Professeur agrégé de Clinique Chirurgicale.

M. le Professeur agrégé ROUSSEAUX,

Professeur agrégé de Clinique Chirurgicale,

*Témoignage de profonde grati-
tude pour l'honneur qu'ils nous
ont fait en acceptant de juger no-
tre thèse.*

A tous mes Maîtres de la Faculté de Médecine
de Nancy.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

SERMENT

Sur ma conscience, en présence de mes Maîtres et de mes Condisciples, je jure d'exercer la Médecine suivant les lois de la morale et de l'honneur et de pratiquer scrupuleusement tous mes devoirs envers les malades, mes confrères et la Société.

Introduction — Historique

Le prolapsus du rectum était connu des anciens. Ils en faisaient la réduction ou l'extirpation à l'aide d'un fer rouge. Fabrice de Hilden réduisait le prolapsus en plaçant le malade la tête en bas.

Plus tard, à la suite de l'étude anatomique du rectum, de ses moyens de fixité, on emploie la cautérisation de la muqueuse rectale (acide sulfurique, acide nitrique fumant, chlorure de zinc).

Sédillot, Malgaigne, Guersant emploient les cautérisations au fer rouge: d'autres font des injections péri-rectales de strychnine pour réveiller la tonicité du sphincter anal.

Plus tard, on enlève le prolapsus d'abord au moyen de ligatures, puis au bistouri (Mickulicz, Segond).

Ensuite on pratique l'anorraphie, la périnéorraphie, la rectopexie.

En 1899, Jeannel pratique la colopexie.

En 1891, Thiersch pratique l'encerclage de l'anus à l'aide d'un fil d'argent.

En 1898, Delorme, puis en 1899 Juvara, pratiquent l'excision de la muqueuse rectale.

Tout dernièrement, on a préconisé les injections péri-rectales d'alcool absolu ou de quinine-urée.

Notre Maître, le Professeur Frœlich, ayant à traiter plusieurs cas de prolapsus rectal chez l'enfant, nous a confié l'étude du traitement chirurgical de cette affection. Nous l'en remercions profondément.

Avant de passer à cette étude, nous résumerons brièvement les caractères anatomo-cliniques de cette affection, ainsi que son traitement médical.

Etude Anatomo-Clinique

Au point de vue anatomo-pathologique, on distingue : 1° le prolapsus muqueux; 2° le prolapsus complet; 3° l'invagination procidente. Cruveilhier en admettait quatre types : 1° l'invagination de la muqueuse; 2° l'invagination de la partie inférieure du rectum à travers l'anus; 3° l'invagination supérieure du rectum dans l'inférieure; 4° la précipitation à travers l'anus d'une invagination de la continuité de l'intestin. Cette dernière variété n'appartient pas en réalité au prolapsus du rectum; il s'agit alors d'une invagination intestinale prolabée qui ne saurait être placée parmi les prolapsus du rectum.

Chez les enfants, la lésion d'observation courante est le prolapsus muqueux. C'est simplement un glissement de la muqueuse rectale sur la musculuse restée en place, au contact de la gaine fibro-séreuse du rectum. Gosselin l'a très justement comparé à la doublure d'une manche qui dépasse le drap. Sa longueur, en général de 3 à 4 centimètres, peut toutefois atteindre de 12 à 13 centimètres. Le prolapsus muqueux apparaît au moment où se produit la défécation. C'est une sorte de cône muqueux rouge, circulairement cannelé, terminé à son extrémité par un orifice en croissant. Ce

cône, dans les premiers temps de son apparition, n'a que 2 ou 3 centimètres de longueur. Il se réduit spontanément, ou sous la moindre pression exercée par la mère. Plus tard, le prolapsus augmente de longueur, et quelquefois atteint 8 à 10 centimètres. Il peut devenir très difficile de le réduire, d'autant que la manœuvre est douloureuse; pendant qu'on s'y applique, l'enfant pousse et crie, ce qui gêne considérablement la réduction et peut même la rendre impossible.

Celle-ci obtenue, l'enfant, à cette période très accentuée de sa lésion, élimine parfois par l'anus des glaires, du mucus louche; le pourtour de l'orifice anal est rouge et irrité. Quelquefois les manœuvres de réduction déterminent un léger suintement sanguin; l'affection devient douloureuse, cause à l'enfant un ténésme rectal qui lui fait à chaque instant réclamer le vase, ce qui provoque la réapparition du prolapsus.

En définitive, le rectum est presque en permanence à l'état procident, et la réduction difficile à obtenir, ne persiste que fort peu de temps. C'est à cette période que la muqueuse rectale prolabée peut s'ulcérer, et présenter même des plaques de sphacèle; cette complication est d'ailleurs fort rare, car il n'existe jamais en pareil cas de contracture du sphincter comme on en observe en cas d'hémorroïdes procidentes. D'après Trélat et Lannelongue, ces ulcérations, consécutives aux prolapsus muqueux difficilement réductibles, étaient susceptibles de déterminer par la suite des rétrécissements cicatriciels annulaires ou cylindriques, qu'il faut se garder de confondre ultérieurement avec des rétrécissements congénitaux.

Le prolapsus complet ou ano-rectal est beaucoup plus rare chez l'enfant. Il est constitué par toutes les tuniques du rectum : muqueuse, celluleuse, musculueuse. La tumeur est constituée de deux cylindres adossés, et chacun de ces cylindres comprend les trois tuniques du rectum. La muqueuse présente des lésions de rectite chronique; elle est recouverte de mucosités; au niveau de la racine de la tumeur, elle se continue directement avec la peau, sans sillon de séparation. La tumeur offre l'aspect d'un cône tronqué dont l'axe s'incurve en arrière. L'orifice est arrondi ou échancré en arrière, en forme de fer à cheval; on attribue cette forme aux tractions du méso sur la partie postérieure du rectum.

Entre les deux cylindres, on ne trouve que du tissu cellulaire lorsque le prolapsus est petit. Quand la tumeur dépasse 5 à 6 centimètres de long, la disposition change.

En avant, entre les deux cylindres antérieurs, le péritoine, qui adhère intimement à la musculueuse rectale, est entraîné et forme un cul-de-sac plus ou moins profond. Ce cul-de-sac communique avec la grande cavité séreuse; aussi les anses intestinales, l'épiploon, l'ovaire, peuvent-ils s'y engager comme dans un sac herniaire. Il se forme alors une véritable hernie d'un genre particulier, auquel on a donné le nom d'hédrocèle.

En arrière, entre les deux cylindres postérieurs du prolapsus, il ne peut y avoir de péritoine, puisqu'il n'y en a pas sur la face postérieure du rectum. Par contre, c'est le méso-rectum qui est entraîné et vient s'in-

terposer entre les musculuses des deux demi-cylindres postérieurs.

L'hédrocèle présente les principaux symptômes des hernies. C'est une tumeur située à la partie antérieure du prolapsus; elle est sonore; son volume augmente avec les toux, les efforts; elle présente le phénomène de l'impulsion.

La troisième variété est l'invagination procidente; le segment supérieur du rectum s'invagine dans le segment inférieur et passe à travers l'anús. Le rectum périnéal, très solidement fixé, reste en place; les deux cylindres du segment invaginé traversent le rectum périnéal, l'anús, et fait saillie en bas; au niveau et au-dessus de l'anús nous aurons donc trois cylindres (le cylindre du segment resté en place, les deux cylindres du segment invaginé); au-dessous de l'anús nous n'aurons que les deux cylindres du segment invaginé.

Cette variété de prolapsus est caractérisée par la présence d'un sillon situé au niveau de l'anús, entre l'anús et la racine de la tumeur prolabée. Souvent la paroi antérieure de la tumeur est épaissie, et dans le cul-de-sac péritonéal qu'elle contient se trouve engagée une hernie intestinale dite hédrocèle. Si le déroulement de l'invagination recto-rectale s'achève, le cul-de-sac qui entourait le boudin évaginé disparaît, et ce boudin paraît se continuer directement avec les téguments de l'anús. La paroi antérieure du boudin peut contenir encore une hédrocèle.

Le prolapsus se produit au moment des selles, il peut se réduire spontanément après.

L'évolution est variable. Le plus souvent, le prolapsus devient de plus en plus volumineux, il sort de plus en plus souvent. Les difficultés de réduction augmentent. Pour rentrer la tumeur, le malade est obligé d'exercer des pressions plus prolongées, plus énergiques. Il arrive un moment où ce n'est plus la défécation seulement qui le produit, mais les efforts quelconques, une quinte de toux par exemple. Enfin le prolapsus finit par être toujours au dehors. Il n'est pas irréductible, mais le moindre effort, le moindre mouvement le fait sortir. La muqueuse extériorisée s'irrite, s'enflamme, devient très sensible. Les douleurs peuvent devenir très vives. Quand un prolapsus reste ainsi longtemps extériorisé, toutes les tuniques rectales présentent une inflammation chronique; elles s'épaississent, les divers cylindres deviennent adhérents et la tumeur devient irréductible. Le prolapsus peut s'étrangler, se compliquer d'occlusion intestinale ou se rompre.

Les deux dernières formes d'invagination recto-rectale peuvent s'observer chez les enfants; elles sont rarissimes.

Quand un prolapsus se présentera à cet âge, avec un volume anormalement considérable, on cherchera toujours à voir si la tumeur n'est pas réductible avec gargarillement, ce qui donnerait la preuve absolue de la présence d'une hédrocèle.

Etiologie et Pathogénie

Le prolapsus de la muqueuse est une maladie de la petite enfance. C'est principalement dans les quatre premières années de la vie qu'on le rencontre. A cet âge, il est plus fréquent chez les garçons que chez les filles. La pathogénie du prolapsus muqueux est simple. Chez l'enfant, le tissu cellulaire est lâche, et cette laxité, lorsqu'elle est exagérée, constitue une cause prédisposante. Il faut ajouter que le sacrum, étant beaucoup plus droit chez l'enfant, la résultante des efforts abdominaux se rapproche davantage de l'axe de l'anus. Les efforts constituent la cause déterminante et toutes les lésions qui les provoquent se trouvent dans l'étiologie du prolapsus.

Les efforts de toux dans la coqueluche, les efforts de miction répétés et le plus souvent secondaires au phimosis ou aux adhérences préputiales, en sont des causes, et la dernière suffit peut-être à expliquer la prédominance du prolapsus muqueux dans le sexe masculin. Dans d'autres cas, un calcul vésical, par le ténisme qu'il provoque, est en cause.

Bien plus fréquents et plus dangereux sont les efforts de défécation; dans ceux-ci réside la principale cause. Souvent il s'agit d'une absence de précaution; ce sont

des enfants qu'on laisse trop longtemps ou qu'on oublie sur le vase. Là ils crient ou continuent à pousser. La muqueuse se congestionne, s'œdématisé; les efforts de défécation finissent par agir sur elle comme sur un bol fécal et l'expulsent au dehors.

Le prolapsus muqueux se rencontre particulièrement chez les enfants rachitiques. Le rachitisme détermine une atonie pathologique du système sphinctérien de l'anus et du rectum, atonie du sphincter volontaire et aussi probablement du releveur de l'anus; il détermine en outre une laxité anormale de la sous-muqueuse, permettant à la muqueuse de glisser sur le plan de la musculature sous-jacente. Mais le rachitisme agit surtout par les troubles digestifs qu'il provoque. Ceux-ci, en particulier la diarrhée, agissent vivement sur l'intestin; ils en irritent la muqueuse, altèrent la tonicité des tuniques musculaires, sont la cause de défécations nombreuses et de ténésme.

La constipation peut causer une chute du rectum par les efforts qu'elle nécessite dans la défécation.

Les polypes fréquents chez l'enfant, ont été incriminés dans la production du prolapsus; ils agiraient par leur poids, en entraînant la muqueuse et par leur volume, comme corps étrangers.

On a incriminé aussi un rétrécissement congénital du rectum qui nécessiterait aussi des efforts anormaux pour obtenir la défécation.

Pour produire le prolapsus complet, il faut des causes plus sérieuses : l'altération des moyens de fixité du rectum, l'élargissement du rectum. Nous dirons d'abord quelques mots sur les moyens de fixité du rectum.

A sa partie inférieure, le rectum se continue par l'anus, mais l'axe de l'anus ne continue pas celui du rectum. Ces deux axes forment normalement un angle très prononcé, qui devient même aigu pendant l'effort. Les efforts n'ont, grâce à cette disposition, que peu de tendance à chasser le rectum à travers l'anus; l'effort est pour ainsi dire brisé à l'entrée même de l'anus. Le rectum est maintenu dans sa position, par les moyens de soutien et par des moyens de suspension.

C'est le périnée et le releveur de l'anus qui soutiennent le rectum.

Le sphincter externe est fixe dans sa portion en arrière, car ses fibres vont adhérer au coccyx. En avant, elles se continuent, se croisent avec les muscles du périnée proprement dit. Par cet entrecroisement se forme un nœud musculaire, qui occupe chez la femme le triangle ano-vulvaire, chez l'homme le triangle ano-bulbaire. L'affaiblissement de ce centre de résistance du périnée joue un rôle dans la production du prolapsus. Mais c'est plus haut le releveur de l'anus qui constitue le soutien principal du rectum. Insérées sur le pourtour du bassin, ses fibres se dirigent en arrière; elles viennent cravater l'angle formé par l'union du rectum et de l'anus. Les gros vaisseaux d'origine pubienne le maintiennent dans son incidence normale. Le moyen de suspension est constitué par le méso-rectum.

Tous ces moyens de fixité n'ont pas la même valeur. C'est le releveur de l'anus qui empêche le rectum d'être expulsé par la pression abdominale. Il l'empêche non pas parce qu'il s'insère sur lui, mais parce qu'il main-

tient l'angle, la coudure ano-rectale. La paralysie des muscles périnéaux et du releveur (chute sur la région lombo-sacrée, spina bifida) peuvent déterminer le prolapsus. Si le releveur est déficient, le rectum peut encore être maintenu par le méso-rectum et par l'aponévrose sacro-recto-génitale. Mais ces moyens ne suffisent pas lorsqu'ils sont réduits à eux seuls. Ils s'élargissent plus ou moins vite et laissent le rectum procider.

L'invagination procidente du rectum, quand elle commence en haut, est due à l'insuffisance du méso-rectum; quand elle commence en bas, on incrimine l'action de la poussée abdominale sur un cul-de-sac de Douglas anormalement développé. La présence fréquente d'un cul-de-sac péritonéal dans le segment antérieur du prolapsus plaide en sa faveur.

Les rétrécissements du rectum jouent aussi souvent un rôle dans sa production. Les matières s'accumulent au-dessus du point rétréci, sur lequel elles butent. Si elles ne le franchissent pas, l'effort de défécation peut chasser au dehors le rectum avec les matières fécales. Bœckel a signalé une cause anatomique très importante, résidant dans une malformation. On sait, dit Bœckel, que le rectum se forme par un enfoncement en doigt de gant de la peau extérieure qui marche à la rencontre du côlon. Dans certains cas, ces deux parties du tube digestif se sont rejointes, mais pas à plein canal, et l'on trouve un rétrécissement congénital en ce point. Ce rétrécissement forme obstacle au cours des matières fécales dans l'intestin et provoque, en amont, des contractions exagérées, un véritable ténésme. Petit

à petit, le rétrécissement est poussé, par ces contractions, vers l'ouverture inférieure du bassin, puis il franchit l'anus en retournant le rectum comme un doigt de gant. C'est alors que le rétrécissement occupe le sommet du cône prolabé.

Les causes efficientes du prolapsus total sont constituées par tout ce qui augmente la pression intra-abdominale, c'est-à-dire par les efforts : efforts de toux, efforts de miction répétés, efforts de défécation.

Traitement

A) Traitement Médical

Souvent le prolapsus rectal de l'enfant guérit spontanément, soit que l'enfant se fortifie et que par conséquent son sphincter anal et son périnée reprennent leur tonicité physiologique et que sa muqueuse rectale reprenne son adhérence normale avec les couches sous-jacentes, soit que les causes pathologiques de la lésion disparaissent d'elles-mêmes.

Il faudra rechercher avant tout les causes du prolapsus et s'attaquer directement à elles; s'il s'agit de diarrhée, elles seront combattues par un régime alimentaire sévère et par des médicaments appropriés. La constipation sera combattue par quelques laxatifs : calomel, sulfate de magnésie, lavages d'intestin avec de l'eau glycinée.

Nous avons noté le rôle important joué par le rachitisme, les défauts d'alimentation. Le traitement général sera donc très important et pourra avoir une influence favorable. On a conseillé l'huile de foie de morue, le phosphate de chaux, les bains salés.

La première indication est de bien régler les selles et de surveiller très attentivement les garde-robes. Il

faudra recommander à la mère de ne pas laisser l'enfant s'éterniser tous les matins sur le vase de nuit; la selle que l'on provoquera au besoin par un lavement, par un suppositoire, aura lieu tous les jours à l'heure régulière. Sa durée sera courte, réduite au strict minimum nécessaire à l'expulsion. Si le prolapsus, malgré toutes les précautions prises, se reproduit, il faudra le réduire. Pour cela, on le lave d'abord à l'eau tiède, puis l'enfant couché sur le côté, on soulève avec la main la fesse supérieure, on recouvre le prolapsus d'une compresse propre enduite de vaseline et l'on comprime la tumeur ainsi recouverte entre les doigts qui appuient également et lentement, leur pression portant d'abord sur le sommet du prolapsus qui représente la partie la plus élevée de la muqueuse abaissée. On aura parfois avantage à commencer par donner un lavement froid avec quelques gouttes de laudanum ou par appliquer des compresses froides sur le prolapsus. On a conseillé de la pratiquer en se servant de compresses imbibées tantôt d'une solution de cocaïne, tantôt d'une solution d'adrénaline. Une fois réduit, le prolapsus doit être maintenu en place. On peut pour cela serrer les deux fesses de l'enfant l'une contre l'autre, les maintenir ainsi rapprochées à l'aide de bandages agglutinatifs ou de crêpe Velpeau. On a imaginé toute espèce d'appareils destinés à maintenir en place le rectum, mais ils sont incommodes.

On a pratiqué des applications ou des injections de solutions astringentes : ratanhia, sulfate de fer, décoction de noix de Galle. On a tenté de réveiller la contractilité du sphincter et de créer un rétrécissement

artificiel de l'anus par différents moyens. On a employé la noix vomique à l'intérieur, la strychnine en injections péri-anales à la dose de deux ou trois gouttes de solution de strychnine au 1/1000°, l'ergotine en injections renouvelées tous les deux ou trois jours. Allingham, en 1877, applique sur la tumeur de l'acide nitrique fumant ou du nitrate acide de mercure. Cette méthode entraîne des rétrécissements du rectum. On a pratiqué des pointes de feu exactement à la jonction de la muqueuse à la peau, aux quatre points cardinaux de l'anus; on fait pénétrer ces pointes de feu jusque sur le sphincter anal. Ces cautérisations agissent en rendant aux fibres du sphincter externe leur puissance contractile. Ce procédé ne peut réussir que dans les cas où le prolapsus n'est dû qu'au relâchement du sphincter anal. On a employé des cautérisations sur toute la hauteur du prolapsus; les raies de feu ne doivent pas dépasser un centimètre de large; elle doivent intéresser toute l'épaisseur de la muqueuse. On a employé aussi l'électro-puncture, la haute-fréquence, le massage, avec résultats variables.

Récemment on a préconisé des injections d'alcool absolu ou de solution de quinine-urée dans le tissu péri-rectal. Il se forme un œdème inflammatoire, puis un travail de prolifération conjonctive qui empêchent le glissement de la muqueuse ou des parois de l'intestin sur les plans voisins. Peut-être les injections agissent-elles aussi en déterminant par action réflexe la contracture des muscles. Les injections sont pratiquées à un demi-centimètre de l'anus, parallèlement au rectum. On pousse le liquide des deux côtés et en arrière;

en avant et surtout chez les garçons, on ne fera aucune injection d'alcool. Le liquide injecté sur les côtés diffusera suffisamment en avant pour entraîner le processus cicatriciel. C'est une méthode qui donne d'assez bons résultats. La quantité d'alcool absolu varie de 9 à 10 cc., suivant l'âge du malade et le degré du prolapsus. Au cas où le prolapsus se reproduit, il faut répéter ces injections.

B) Traitement Chirurgical

Il y a, pour le traitement chirurgical du prolapsus, différentes méthodes. Les unes consistent à extirper le prolapsus comme une tumeur. Les autres se basent sur la pathogénie et s'efforcent de remédier aux causes mêmes du prolapsus.

I. — PROCÉDÉS D'EXÉRÈSE.

1) EXTIRPATION DU BOUDIN RECTAL.

Les premières résections du rectum prolabé ont été faites d'abord au fer rouge, puis au galvano-cautère. Chassaignac se servit de son écraseur. Allingham employa la ligature élastique; une grosse sonde est introduite dans l'intestin; le prolapsus est lié sur cette sonde; la tumeur se sphacèle et tombe. Il reste une plaie bourgeonnante qui guérit par granulations, mais est toujours l'origine d'un rétrécissement.

RÉSECTION DU PROLAPSUS AU BISTOURI.

Elle est indiquée dans les cas où la muqueuse est ulcérée ou sphacélée, dans les cas où le prolapsus est irréductible.

a) *Technique de Mickulicz.*

Le sujet étant placé dans la position de la taille, le chirurgien fixe par deux pinces de Museux le boudin prolabé. Il sectionne au bistouri la moitié antérieure de la circonférence du cylindre externe du prolapsus, à 1 ou 2 centimètres du bord cutané. Cette section doit être faite prudemment, car, au niveau du cul-de-sac séreux qui sépare les cylindres, on peut trouver l'intestin constituant une hédrocèle. L'hémostase de la tranche sectionnée sera faite. Le cul-de-sac péritonéal séreux glissé presque constamment entre les deux cylindres, ayant été ouvert, est oblitéré par des points de suture séro-séreux.

On sectionne ensuite la moitié antérieure du cylindre interne. On suture l'une à l'autre dans toute leur épaisseur les tranches sectionnées des deux cylindres, en ayant soin de plisser légèrement le cylindre externe, plus grand. On pratique ensuite la section de la moitié postérieure du prolapsus; l'hémostase du mésentère compris entre les deux cylindres est faite soigneusement. Les tranches rectales sont suturées.

Des modifications ont été apportées à ce procédé; elles ne sont pas toutes heureuses. L'une consiste à

faire l'hémostase préventive du prolapsus par pinces. Elle rend l'opération dangereuse en exposant au pincement de l'intestin contenu dans l'hédrocèle.

b) *Technique de Segond.*

Elle consiste à introduire dans le prolapsus quatre pinces, deux à droite, deux à gauche, une branche de chaque pince étant à l'intérieur et l'autre à l'extérieur, les extrémités arrivant au voisinage de l'anus. Entre les deux pinces de chaque côté, on fait une incision remontant jusqu'à environ 2 centimètres de l'anus. On divise ainsi le prolapsus en deux valves, l'une antérieure et l'autre postérieure. On applique une autre pince à la base de chacune de ces vulves, on les résèque, puis on suture la lèvre.

2) EXCISION DE LA MUQUEUSE RECTALE.

Elle fut pratiquée la première fois par Delorme en 1898. Elle fut exécutée l'année suivante par Juvara; on la désigne sous le nom d'opération de Delorme-Juvara. D'après eux, la muqueuse tendue oppose un obstacle à la descente de la paroi rectale. Delorme enlève la quantité la plus considérable possible de muqueuse; il insiste tout particulièrement sur cette nécessité. Le plus ordinairement, le lambeau réséqué mesure 20 à 30 centimètres chez l'adulte. Si la muqueuse continue à s'abaisser sans efforts, il faut en réséquer davantage.

La technique opératoire est simple. La muqueuse est incisée circulairement à son union avec la peau; elle est d'abord disséquée lentement et l'on aperçoit les fibres du sphincter externe qui doit être d'autant plus soigneusement ménagé qu'il est ordinairement déficient. La muqueuse est ensuite facilement décollée sur toute la face externe du prolapsus, puis sur sa face interne; là surtout le décollement provoque une hémorragie assez abondante. Souvent la dissection de la muqueuse ne peut se faire d'une seule pièce; on l'excise par lambeaux successifs. Avant de sectionner la muqueuse, on place des points de soutien aux quatre points cardinaux du manchon muqueux. Après section de la muqueuse, on pratique des points d'affrontement. Delorme a en outre conseillé d'unir par une suture musculo-musculaire la tête du cylindre invaginé au bord supérieur du sphincter externe. Juvara a apporté une variante à ce procédé; il plisse la tunique musculaire du prolapsus et en fait un lambeau épais qui est repoussé au-dessus du sphincter. Ce plissement en accordéon ne peut que rendre plus difficile le retournement de l'ampoule rectale.

II. — PROCÉDÉS CONSERVATEURS.

Les opérations conservatrices se divisent en plusieurs groupes, suivant qu'elles agissent sur les moyens de suspension du rectum ou sur ses moyens de soutien.

1) PROCÉDÉS AGISSANT SUR LES MOYENS DE SUSPENSION
DU RECTUM.

(Rectopexie et colopexie.)

a) *Rectopexie.*

Voici comment pratique Donadiou la rectopexie :

Une aiguille de Reverdin est introduite sur le doigt dans le rectum, traverse successivement muqueuse, tissu sous-muqueux, tunique musculaire et les diverses couches qu'elle rencontre jusqu'à l'intérieur, sort un peu au-dessus du coccyx, à 1 centimètre à droite de la ligne médiane, prend un catgut qu'elle ramène de telle sorte que sa partie supérieure restant au dehors, sa partie inférieure sorte par l'anus. Un deuxième catgut est passé dans les mêmes conditions à 1 centimètre et demi en dehors du premier ou au-dessus, au choix du chirurgien. On noue ensemble les extrémités inférieures des deux fils, les transformant en une anse que l'on tire dans le rectum et qui l'embrasse dans une étendue de 1 centimètre et demi. Les deux extrémités libres de l'anse sont nouées à l'intérieur, en interposant entre le nœud et la peau un rouleau de gaze iodoformée.

Pareille manœuvre est opérée à gauche et des catguts sont passés en des points symétriques des premiers. Les diverses couches sont ainsi fortement resserrées entre elles. Les fils tombent d'eux-mêmes.

b) *Colopexie.*

Chez l'enfant, l'intestin présente quelquefois en longueur un développement anormal à tel point qu'il

arrive à perdre son droit de domicile dans le bassin. Dans certains de ces cas, les prolapsus sont accompagnés d'invagination du côlon dans le rectum. La première colopexie fut pratiquée par le Professeur Jeannel, de Toulouse, en 1899. D'après cet auteur, la colopexie rétablit dans son intégrité la statique normale du rectum en suppléant aux moyens de suspension devenus insuffisants. Au début l'incision fut faite dans la fosse iliaque gauche, au ras de l'arcade crurale. Le prolapsus réduit par traction sur l'S iliaque, on fixait la partie terminale de cette S aux lèvres de la plaie, mais la paroi n'offrait pas souvent une résistance suffisante et le prolapsus se reproduisait. Jeannel a fait ensuite la fixation à l'arcade crurale. D'autres (Lenormant) l'ont fait dans la fosse iliaque, mais il est nécessaire de réséquer un lambeau de péritoine pariétal répondant à la surface intestinale dépéritonisée.

2) PROCÉDÉS TENDANT A RENFORCER LE PLANCHER PELVIEN.

a) *Anorraphie*. — Ce procédé a été appliqué par M. le Professeur Frœlich. Malade placé dans la position de la taille; lavages et antiseptie. Aux quatre points cardinaux de l'anus on excise des lambeaux triangulaires qui comprennent un peu de la muqueuse et de la peau périnéale. Chaque lambeau a sa base sur la circonférence anale au niveau de la muqueuse et son sommet vers la périphérie. Les surfaces sanglantes sont fermées chacune par deux ou trois points de suture au fil de soie. Après l'opération, l'anus est rétréci.

b) *Périnéorrhaphie*. — Généralement l'anorrhaphie est insuffisante parce qu'elle n'agit que sur la peau. Actuellement on fait des opérations plastiques plus profondes, de véritables périnéorrhaphies. Robert, qui a inventé ce procédé, l'appliquait de la façon suivante : il taillait un lambeau triangulaire ayant sa base sur le pourtour de l'anus et son sommet sur la pointe du coccyx; le lambeau pouvant mesurer 4 à 5 cm. de long. Puis il suturait les lèvres de la plaie ainsi formée, au moyen de fils auxquels il faisait prendre une certaine épaisseur des tissus et sous-jacents et qu'il serrait ensuite fortement. Heydenreich dissèque en plus du lambeau postérieur aussi un lambeau antérieur. Cette modification a pour but de causer un froncement plus complet des parties molles et un resserrement de l'anus plus efficace contre la reproduction du prolapsus.

Il y a d'autres variétés de périnéorrhaphie où on pratique aussi une excision de la paroi rectale, qui rétrécit l'ampoule. Ces incisions internes font courir des chances d'infection et sont, par conséquent à déconseiller.

Chez l'adulte, on pratique couramment la périnéorrhaphie avec suture des releveurs. Chez l'enfant on ne l'emploie pas.

c) *Procédés agissant sur le sphincter externe*
(*Cerclage*).

Un certain nombre d'interventions se sont adressées au sphincter externe exclusivement.

Kehr, en 1880, met le sphincter à découvert, altère l'anneau musculaire en lui faisant décrire une anse dont les deux branches parallèles sont suturées.

Parmi ces opérations s'adressant directement à l'anus, la méthode de Thiersch est la principale, qu'on appelle couramment cerclage.

Le prolapsus étant réduit, ce qui est toujours facile, on pique avec une aiguille de Doyen ou d'Emmet, juste au-dessous de l'orifice anal. On fait cheminer la pointe de l'aiguille sous la peau, au niveau de la ligne d'union cutanéomuqueuse, et on va ressortir juste au-dessus de l'anus. On arrive facilement avec une aiguille bien courbe à parcourir ce demi-cercle. On ramène avec l'aiguille un fil métallique solide. On repique dans le même orifice d'entrée, et on va faire parcourir à la pointe l'autre demi-cercle péri-anal; on l'amène à sortir juste par l'orifice qu'elle a déjà créé au premier passage. A ce moment on engage dans le chas le chef libre du fil métallique et on le ramène.

Arrivé au point de départ, l'on noue les deux bouts du fil sur l'index ganté introduit dans l'anus. On tortille le fil métallique et on le coupe. On rabat le tortillon, puis on le fait disparaître sous la peau par l'orifice qui a servi à la pénétration de l'aiguille. Il existe en définitive deux ou trois plaies cutanées minuscules. Sur chacune d'elles on place une agrafe de Michel peu serrée qui suffit à la fermer parfaitement. Par la suite, il peut arriver qu'au niveau du tortillon l'épiderme se laisse soulever par une gouttelette de pus et qu'une petite fistule s'établisse à ce niveau. Il faut temporiser, si l'incident est précoce, jusqu'à quinze jours au moins, jusqu'à trois semaines ou un mois si possible. On y arrive, grâce à une propreté méticuleuse. Passé ce délai, il suffit de retirer le fil métallique.

C'est encore ce qu'il faut faire si, au bout d'un mois, par exemple, on constate à la radiographie la rupture du fil, accident assez fréquent lorsqu'on a employé le fil d'argent, aussi, pour cette raison, le fil d'argent fut remplacé par le fil de bronze, d'aluminium, par la soie, par un gros crin ou même du catgut.

Du reste, il n'y a aucun intérêt à laisser ce fil très longtemps en place. Au bout de trois mois, en tout cas, il faut retirer le fil de cerclage; c'est facile, après avoir injecté quelques gouttes de novocaïne au niveau du tortillon.

Comment va agir le fil métallique dans la guérison du prolapsus ?

Dans l'esprit de Thiersch, ce fil était destiné :

1° A agir mécaniquement en maintenant le rectum en place, remplaçant ainsi le sphincter relâché;

2° A agir en tant que corps étranger pour produire dans les tissus périnéaux une prolifération du tissu cellulaire qui amènerait une adhérence solide entre le rectum et les parties voisines. L'adhérence obtenue, il n'y aurait plus qu'à enlever le fil. La bague de sclérose sous-muqueuse suffit parfaitement à s'opposer à la récurrence des accidents.

Indications — Résultats

Le prolapsus de l'enfant, prolapsus muqueux ou prolapsus complet, sera traité de la façon suivante.

Moyens hygiéniques consistant à assurer des selles faciles, à éviter les stations prolongées sur le vase.

Traitement médical visant à la fois l'amélioration de l'état général, la régularisation des fonctions intestinales, la guérison de la rectite.

Traitement chirurgical consistant à réduire le prolapsus et à le maintenir en état de réduction. Dans les cas sans complications il faut pratiquer le cerclage de l'anus. Dans les prolapsus compliqués, irréductibles ou étranglés, on aura recours à la résection de la partie prolapsée, et de préférence à l'opération de Mickulicz ou de Segond.

L'annorraphie ne donne pas de bons résultats. La périnéorraphie peut être pratiquée avec succès, ainsi que la rectopexie.

La colopexie sera indiquée toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'un prolapsus invaginé dans lequel l'S iliaque aura été manifestement trouvée.

En définitive, nous pouvons dire que dans les cas simples on doit pratiquer le cerclage de Thiersch et dans les cas compliqués la résection du boudin rectal; s'il y a invagination : la colopexie.

Observations

Cerclage

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Professeur FRÆLICH.)

Cerclage.

Henri V..., 2 ans, entré au début d'octobre pour prolapsus du rectum, entérite. Opération le 3 octobre. Chloroforme. Cerclage. Pas de réaction. La diarrhée a cessé au bout de 8 jours. Le prolapsus ne s'est plus reproduit.

Actuellement (11 novembre), va deux fois à la selle. L'anneau d'argent est enfoncé, on n'en voit la trace que par une petite fistule, qui donne un peu de liquide clair, placée à la partie postérieure de l'anus. 13 novembre : extraction du fil sous anesthésie au chloroforme, parce que le fil était enfoncé profondément dans la chair, ce qui n'est pas le cas normalement.

OBSERVATION II

Anorraphie.

(Prof. FRÆLICH, *in* thèse CLAUDEL, Nancy, 1897.)

Louis M..., 15 mois. Il y a 8 mois, sa mère s'aperçoit que lorsqu'il pousse des cris et fait des efforts, une masse de chair sort par l'orifice anal. Le prolapsus s'accroît rapidement. Au moment de l'examen, il est total et mesure 7 cm. de long. Il est facilement réductible, mais incoercible; l'in-

coercibilité est due à l'énorme dilatation du sphincter anal qui est béant.

Opération. Chloroforme. Le petit malade est placé dans la position de la taille. Lavages et antiseptie. Aux quatre points cardinaux de l'anus, on excise des lambeaux triangulaires qui comprennent un peu de la muqueuse et de la peau périnéale. Chaque lambeau a sa base sur la circonférence anale, au niveau de la muqueuse et son sommet vers la périphérie. Les surfaces sanglantes ainsi obtenues sont fermées, chacune par deux ou trois points de suture au fil de soie.

Après l'opération, l'anus est notablement rétréci, l'enfant n'est pas constipé. Pendant trois jours, le prolapsus reste réduit; au bout de ce temps, un des triangles suturés vient à lâcher et le prolapsus se reproduit en partie.

M. Frœlich espérait que la rétraction cicatricielle pourrait compléter le résultat; mais la négligence des parents à réduire le prolapsus chaque fois qu'il se reproduisait, rendit vain cet espoir. L'insuccès fut complet; l'enfant fut renvoyé dans sa famille.

OBSERVATION III

Périnéorrhaphie.

(Prof. HEYDENREICH, *in* thèse CLAUDEL, Nancy, 1897.)

Louis M..., sorti de l'hôpital il y a 4 mois, y revient avec un prolapsus présentant les mêmes caractères objectifs que précédemment. Il mesure 8 cm. de long. La diarrhée est plus intense qu'auparavant et dure 15 jours.

Opération. L'enfant endormi, le prolapsus est facilement réduit et maintenu en place après asepsie rigoureuse des parties prolabées. On taille un lambeau triangulaire dont la base répond au pourtour de l'anus et le sommer à la racine des bourses dont il n'est séparé que par un intervalle de 1 cm. et demi. Le lambeau mesure 4 à 5 cm à sa base. L'avivement une fois produit, on rapproche les deux lambeaux à l'aide d'un plan de suture au catgut. Au niveau

de la partie avivée, le fil pénètre dans les parties sous-jacentes en 3 ou 4 points successifs, de façon à froncer les tissus et à produire un resserrement plus marqué. Même procédé en arrière de l'orifice anal. Le lambeau triangulaire est moins étendu que le précédent; le sommet répond à la pointe de coccyx, et la base au tiers postérieur du pourtour de l'anus. Aucun point de la muqueuse rectale n'est compris dans les sutures. Les fils une fois rapprochés, le prolapsus ne semble pas avoir tendance à se reproduire, même sous l'influence des efforts déterminés par les cris et les vomissements.

Pansement sec aussi parfait que possible, mais rendu forcément sommaire dans cette région.

Les fils tiennent bien, sauf en deux points, au niveau de l'angle postérieur de l'avivement primitif où ils ont coupé les parties molles. L'enfant sort bien portant; le prolapsus ne s'est plus reproduit. La guérison s'est maintenue.

OBSERVATION IV

Procédé de Mickulicz.

(HEYDENREICH et FRÉLICH, *in* thèse CLAUDEL, Nancy, 1897.)

Catherine Chr..., 4 ans, a eu pendant des mois une diarrhée rebelle. Depuis 15 jours, les parents ont remarqué un prolapsus rectal d'abord grand comme une noix puis de plus en plus considérable.

Depuis 5 jours, la réduction est impossible à maintenir, malgré l'application d'un pansement compressif. Mauvais état au moment de l'hospitalisation (9 mars), l'extrémité inférieure est renflée et couverte de plaques de sphacèle, réduction possible, mais incoercibilité; bronchite; t. 39° le soir, anorexie. Pansement au salol et compresses phéniquées sur l'intestin prolabé. L'enfant s'améliore : les accès de fièvre ne se montrent plus que d'une façon intermittente, les plaques de sphacèle se détergent.

Opération le 21 mars. L'enfant est chloroformé; une sonde rectale est introduite dans l'intestin pour servir de conducteur; après antisepsie de la région, on procède à l'opération. Une incision demi-circulaire est faite au bistouri sur

la demi-circonférence antérieure du prolapsus, à 1 cm. du bord de l'anus; les tissus sont divisés couche par couche jusqu'au moment où l'on arrive sur la séreuse. A ce moment, cette séreuse est suturée à la soie avec la séreuse du cylindre interne. On retourne l'enfant et on continue la section du cylindre externe en arrière. A ce moment, un incident opératoire se présente : l'enfant fait un effort, la sonde conductrice est rejetée et une portion notable d'intestin recouvert d'appendices épiploïques vient faire hernie dans le champ opératoire. Après réduction de cet intestin, il fut assez long de retrouver et de placer exactement le cylindre interne vis-à-vis de la portion externe à laquelle il devait être suturé.

Après cet incident, l'opération continue et on suture la tranche de la demi-circonférence postérieure du cylindre externe, séreuse contre séreuse. Le cylindre interne est alors complètement détaché et la suture circulaire séro-séreuse est renforcée par une suture circulaire surajoutée musculo et muco-muqueuse faite avec l'aiguille de Reverdin.

Le 15 avril, l'enfant est complètement remis. Plus de température, appétit excellent. Au toucher rectal, on sent, à 3 cm. au-dessus du bord anal, une bride circulaire occupant les trois quarts de la circonférence de l'intestin, mais laissant passer l'index facilement.

Conclusions

I. — Le prolapsus rectal chez l'enfant est le plus souvent muqueux; dans quelques cas il s'agit d'un prolapsus complet avec ou sans hédrocèle; exceptionnellement il s'agit d'une invagination de l'S iliaque qui n'est pas un prolapsus rectal proprement dit.

II. — Le prolapsus muqueux cède souvent aux moyens médicaux. Si le prolapsus persiste sans avoir subi de changements, on pratiquera le cerclage de Thiersch. Si la muqueuse est altérée, ce qui est rare, on en pratiquera la résection de la partie procidente.

III. — Dans le prolapsus complet, rare chez l'enfant, on pratiquera le cerclage, qui est une opération facile et efficace. Si le prolapsus a subi des altérations (ulcérations, sphacèle), il faut le réséquer en employant de préférence le procédé de Segond. Si on est sûr d'être en présence d'une invagination côlique, il faut pratiquer une colopexie.

La rectopexie et la périnéorraphie peuvent être employées avec succès, mais dans les cas où elles sont indiquées, elles peuvent être supplées avec succès par le cerclage de Thiersch.

Bibliographie

- AUBRY. — Le prolapsus du rectum, affection congénitale, son traitement. *Thèse Nancy*, 1913.
- BERNEL. — Sur un nouveau mode de traitement chirurgical des prolapsus totaux du rectum. *Th. Bordeaux*, 1901.
- BOECKEL. — Du rétrécissement congénital de l'extrémité supérieure du rectum comme cause du prolapsus de cet organe chez les jeunes enfants, 1881.
- BROCA. — Chirurgie infantile. Traitement du prolapsus rectal par colopexie. *Gazette Hebdomadaire*, Paris, 1880.
- CABANIÉ. — Contribution au trait du prolapsus grave du rectum par la méthode colopexique. *Th. Toulouse*, 1897.
- CLAUDEL. — Traitement chirurgical du prolapsus rectal chez l'enfant. *Thèse Nancy*, 1897.
- DELON. — Traitement du prolapsus du rectum par la méthode de Thiersch. *Th. Toulouse*, 1907.
- DUVAL (Pierre). — Pathologie chirurgicale.
- JEANNEL. — Résultats d'une opération de colopexie pour prolapsus invaginé du rectum. *Gaz. Hebdomadaire de Médecine*, Paris, 1890, p. 246-249.
- LENORMANT (Ch.). — Le prolapsus du rectum, causes et traitement opératoire. *Th. Paris*, 1903.
- KIRMISSON. — Précis de chirurgie infantile.
- MALESPINE (H.). — Prolapsus du rectum. Opération de Thiersch. *Th. Toulouse*, 1913.
- OMBREDANNE. — Précis de chirurgie infantile.

PICQUÉ. — Rapport sur l'opération de Thiersch. *Soc. de Chir. de Paris*, 1906.

QUÉNU et HARTMANN. — Chirurgie du rectum, 1899.

RUDIER. — Le trait. du prolapsus du rectum chez l'enfant par la méthode de Thiersch. *Th.* Bordeaux, 1912.

DE VERNEJOU. — Pathogénie et trait. du prolapsus rectal chez l'enfant. *Th.* Paris, 1919.

TESTUT et JACOB. — Anatomie topographique.

THIERSCH. — Communications au Congrès des médecins et naturalistes allemands à Halle, 1891.

Table des Matières

Introduction. Historique	7
Etude anatomo-clinique	9
Etiologie et Pathogénie	14
Traitement	19
A. — Traitement médical	19
B. — Traitement chirurgical	22
I. — Procédés d'exérèse	22
1) Extirpation du boudin rectal	22
a) Technique de Mickulicz	23
b) Technique de Segond	24
2) Excision de la muqueuse rectale	24
II. — Procédés conservateurs	25
1) Procédés agissant sur les moyens de suspension du rectum	26
a) Rectopexie	26
b) Colopexie	26
2) Procédés tendant à renforcer le plancher pel- vien	27
a) Anorraphie	27
b) Pénieorraphie	28
c) Procédés agissant sur le sphincter externe (cerclage)	28
Indications. Résultats	31
Observations	32
Conclusions	36
Bibliographie	37

Vu :

Nancy, le 23 Novembre 1939.

Le Président de Thèse :

FRÉLICH.

Vu et approuvé :

Nancy, le 23 Novembre 1939.

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

L. SPILLMANN.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 27 Novembre 1939.

Le Recteur de l'Académie,

Président du Conseil de l'Université,

L. BRUNTZ.

